

Дата и время получения HVP a.s., подпись

номер страхового случая

архивный номер

Уведомление о страховом случае – Медицинское страхование для иностранцев

Чтобы воспользоваться правом на получение страховой выплаты, заполните данный формуляр и отправьте его в страховую компанию. При недостатке места для заполнения приложите дополнительный лист.

Номер договора страхования: _____ (Без указания номера невозможно обработать заявление.)

Договор действует с: _____ до: _____

ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО:

Имя: _____ Фамилия: _____

Адрес: _____ Индекс: _____

Дата рождения: _____ Пол: _____ Номер паспорта: _____

Телефон: _____ E-mail: _____

ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ / ОПЕКУН:

Имя: _____ Фамилия: _____

Адрес: _____ Индекс: _____

Дата рождения: _____ Пол: _____ Номер паспорта: _____

Телефон: _____ E-mail: _____

СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ:

Дата наступления страхового случая (день, месяц, год): _____ Время: _____

Место наступления страхового случая (включая страну): _____

Описание произошедшего, вид травмы / симптомы заболевания:

Диагноз: _____

Лечились ли вы ранее от указанного заболевания ДА НЕТ

Название и адрес медицинского учреждения, где была оказана помощь:

К указанному страховому случаю прилагаю следующие документы:

Медицинское заключение: ДА НЕТ Квитанция об оплате: ДА НЕТ

Рецепт на лекарства: ДА НЕТ Квитанция об оплате: ДА НЕТ

Вы связывались с ассистанс-службой: ДА НЕТ

СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА:

Перечислить на: Счет: _____ Код VS/SS: _____

По адресу в ЧР: _____

Застрахованный предоставляет страховщику согласие на запрос и получение информации о своем состоянии здоровья, а также на проверку и исследование состояния здоровья или причин смерти, если это необходимо для расследования страхового случая. Страховщик вправе запрашивать данные у любых лиц, поставщиков медицинских услуг или медицинских страховых компаний, в том числе после смерти застрахованного. Расследование может проводиться на основе отчетов и медицинской документации, полученной от медицинского учреждения, к которому страховщик обратился, а также от лечащих врачей, и, при необходимости, на основе осмотра или обследования, проведенного медицинским учреждением.

Застрахованный освобождает поставщиков медицинских услуг от обязательства сохранять конфиденциальность в отношении страховщика. Поставщик медицинских услуг имеет право предоставлять страховщику данные и передавать документы в пределах, в которых страховщик вправе запрашивать такую информацию или документы согласно предыдущему пункту. Поставщик медицинских услуг также вправе предоставлять страховщику информацию, которая не раскрывается пациенту (например, информацию, которую не сообщают пациенту, если его состояние здоровья не позволяет воспринять такую информацию).

г.: _____ дата: _____ Подпись: _____